様式２－（３）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定居宅サービス  事業者  指定訪問看護  事業者  指定介護予防  サービス事業者 | * 名　　　　　称 | |  | | | | | | | | | |
| * 主たる事務所の   所在地 | | 〒    電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| □  代  表  者 | 住　　　所 |  | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | |
| 職名 |  | | | | | | | | | |
| 訪問看護  ステーション等 | * 名　　　　　称 | |  | | | | | | | | | |
| □　所　在　地 | | 〒    　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 職員の定数 | | （別紙１） | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成１７  年法律第１２３号）第６４条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため  届出を行う。  　　 年　　月　　日  指定居宅サービス事業者、指定訪問看護事業者、  指定介護予防サービス事業者  　　　所 在 地  名　　称  代 表 者  　佐賀県知事　　　様 | | | | | | | | | | | | |

※　変更が生じている事項については、「　□　」にチェック（✅）を入れてください。

※　直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該

　事項に係る添付書類を省略することができる。